



# REPORTE TRIMESTRAL DE ELEGIBILIDAD/SITUACION

ESTE REPORTE ES PARA EL MES DE \_\_\_\_\_

**PARA ASISTENCIA MONETARIA, ESTAMPILLAS PARA COMIDA Y LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO ADMINISTRADO POR EL ESTADO (CMSP)**

**COMPLETE, FIRME Y ENVIE ESTE FORMULARIO A MAS TARDAR EL DIA 5 DEL MES DEPUES DEL MES DEL REPORTE**

**¿NECESITA AYUDA? LLAME A SU TRABAJADOR.**

Nombre del trabajador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajador: \_\_\_\_\_

CODIGO DE BARRAS: \_\_\_\_\_

**Petición para descontinuar los beneficios** (Si llena esta parte, firme y ponga la fecha en la siguiente página de este formulario. En cualquier momento puede presentar otra solicitud.)  
 Pido que mi(s)  Asistencia monetaria  Estampillas para comida  Medi-Cal  CMSP se descontinúe(n) el último día de: \_\_\_\_\_ MES/ANO

**Parte 1: ¿Qué sucedió EN el mes del reporte?**

**1. ¿Alguien recibió ingresos de un trabajo o de un programa de entrenamiento o de alguna otra fuente?**  SI  NO  
 Si contesta "SI", anote todos los ingresos a continuación y adjunte talones de pago u otras pruebas. (Vea las instrucciones para ejemplos de ingresos.)

¿Quién recibió los ingresos?	Fuente	Cantidad bruta	\$	\$	\$	\$	\$	
		Fecha en que se recibió						
		Número de horas de trabajo o entrenamiento						
¿Quién recibió los ingresos?	Fuente	Cantidad bruta	\$	\$	\$	\$	\$	
		Fecha en que se recibió						
		Número de horas de trabajo o entrenamiento						
¿Quién recibió los ingresos?	Fuente	Cantidad bruta	\$	\$	\$	\$	\$	
		Fecha en que se recibió						
		Número de horas de trabajo o entrenamiento						

**2. ¿Alguien pagó para el cuidado de un niño, persona incapacitada/discapacitada, u otro dependiente, para poder trabajar, buscar trabajo, o para ir a la escuela o entrenamiento?**  SI  NO  
 Si contesta "SI", anote todos los costos a continuación y adjunte pruebas.

Nombre de la persona que recibió el cuidado	Costo \$	Nombre de la persona que recibió el cuidado	Costo \$
---	----------	---	----------

**3. ¿Alguien que recibe estampillas para comida pagó mantenimiento de hijos o esposa(o) ordenado por la corte?**  SI  NO  
 Si contesta "SI", anote la cantidad pagada y adjunte pruebas del pago.

Nombre de la persona que pagó el mantenimiento	Costo \$	Nombre de la persona que pagó el mantenimiento	Costo \$
--	----------	--	----------

**Parte 2: ¿Qué ha sucedido DESDE su último reporte trimestral?**

**4. ¿Alguien ha llegado a vivir o se ha ido de su hogar, o se fue usted a vivir con otra persona?**  SI  NO  
 Si contesta "SI", complete lo siguiente.

Nombre completo de la persona	Relación/parentesco con usted	Explique lo que sucedió	Fecha del cambio

**5. ¿Alguien compró, recibió, vendió, cambió, o regaló algún bien o propiedad?**  SI  NO  
 (Vea las instrucciones para ejemplos de bienes o propiedades.)

¿Quién es el dueño o la persona que se deshizo del bien o propiedad?	Tipo de bien o propiedad	Valor \$
--	--------------------------	----------

6. ¿Alguien en su hogar fue condenado de un delito mayor (*felony*) relacionado a las drogas, por posesión, uso o distribución de sustancias controladas; alguien está evitando o huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, aprehensión, o encarcelamiento después de una condena; o, alguien está violando su libertad condicional (*probation o parole*)?  SI  NO  
 Si fue condenado de un delito mayor (*felony*) por asuntos de drogas, anote la fecha de la condena.  
 Si contesta "SI", ¿quién? \_\_\_\_\_ Fecha de la condena \_\_\_\_\_

7. ¿Algo de lo siguiente le ha sucedido a alguien en su hogar?  SI  NO  
 Si contesta "SI", anote la información que se solicita a continuación y adjunte pruebas.

- ¿Se casó, se divorció, o se separó?
- ¿Se embarazó, tuvo un bebé, tuvo un aborto voluntario o involuntario?
- ¿Se incapacitó/discapacitó o se recuperó de una incapacidad/discapacidad o enfermedad grave?
- ¿Hubo un cambio en ciudadanía o situación migratoria, o recibió una tarjeta nueva, formulario o carta del INS\*\*?
- ¿Empezaron, pararon, o cambiaron beneficios de seguro de salud, dentales, o de vida, incluyendo cobertura de MEDICARE\*\*?
- Un estudiante de 16 años de edad o más empezó a ir o dejó de ir a la escuela o la universidad (*college*). Puede reclamar el costo de la inscripción, transporte a la escuela, etc.
- ¿Empezó o dejó de trabajar, rechazó un trabajo o entrenamiento, el número de horas de trabajo o entrenamiento aumentó o se redujo, o está en huelga?
- ¿Empezó o dejó de recibir Servicios de Casa y Cuidado Personal?
- **Sólo para asistencia monetaria:** ¿Han dejado de ir o empezaron a ir a la escuela regularmente los niños de 6-17 años de edad?

Nombre de la persona(s)	Relación/parentesco con usted	¿Qué sucedió?	Cantidad	Fecha del cambio
			\$	
			\$	

**Parte 3: ¿Qué cambios ESPERA en los siguientes tres meses?**

8. ¿Espera algún cambio en sus ingresos o gastos (excepto el costo de vivienda o servicios públicos y municipales) en los siguientes tres meses?  SI  NO  
 Si contesta "SI", anote la siguiente información a continuación y adjunte pruebas. (Vea las instrucciones para ejemplos de ingresos y gastos.)

Nombre de la persona	Fuente de ingresos o tipo de gasto	¿Por qué cambiará?	¿Cuál cree que será la cantidad total para cada uno de los siguientes 3 meses?		
			Mes 1	Mes 2	Mes 3

**CAMBIO DE DIRECCION**

Llene esta sección **SOLAMENTE** si se ha cambiado o si tiene una nueva dirección para el correo.

NUEVO Domicilio				Nuevo número de teléfono	
Número	Ciudad	Estado	Código postal	( )	
NUEVA dirección para el correo (Si es diferente al domicilio)				Fecha que se cambió	
Número	Ciudad	Estado	Código postal		
¿Hubo un aumento en el costo de vivienda o de los servicios públicos y municipales debido a este cambio? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				Cantidad	
Explique:				\$	

**CERTIFICACION**

**ENTIENDO QUE:** Si a propósito no reporto toda la información o si proporciono información incorrecta acerca de mis ingresos, bienes o propiedades, o la situación de la familia, para recibir o continuar recibiendo asistencia o beneficios, se me puede enjuiciar legalmente. Y es posible que se me hagan cargos de cometer un delito mayor (*felony*) si se pagan injustificadamente más de \$400 en asistencia monetaria, estampillas para comida, y/o beneficios de CMSP. He recibido una copia de las "Instrucciones y sanciones" para el "Reporte trimestral de elegibilidad/situación" para asistencia monetaria, estampillas para comida y CMSP.

**USTED TIENE QUE FIRMAR ESTE REPORTE DESPUES DEL ULTIMO DIA DEL MES DEL REPORTE O SE CONSIDERARA INCOMPLETO.**  
 Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo a las leyes de los Estados Unidos y del Estado de California, que la información que contiene este reporte es verdadera y correcta y que está completa para todo el mes del reporte.

**QUIEN TIENE QUE FIRMAR ABAJO:**

- Para asistencia monetaria:** Usted, su esposa(o) que recibe asistencia y el otro padre/madre (de los niños que reciben asistencia monetaria) si vive en el hogar.
- Para estampillas para comida:** El jefe del grupo para fines de estampillas para comida (grupo), un miembro del grupo, o el representante autorizado del grupo.
- Para CMSP:** Usted, su esposa(o), o una persona a nombre del beneficiario.

FIRMA O MARCA 	FECHA QUE SE FIRMO	TELEFONO DEL HOGAR ( )	TELEFONO PARA MENSAJES ( )
FIRMA DE LA ESPOSA(O) O DEL OTRO PADRE DE LOS NIÑOS QUE RECIBEN ASISTENCIA MONETARIA 	FECHA QUE SE FIRMO	FIRMA DEL DESTIGO A LA MARCA, FIRMA DEL INTERPRETE O DE OTRA PERSONA QUE COMPLETE EL FORMULARIO 	FECHA QUE SE FIRMO

\*INS = Servicio de Inmigración y Naturalización

\*\*Medicare = Seguro médico federal

## INSTRUCCIONES Y SANCIONES

### REPORTE TRIMESTRAL DE ELEGIBILIDAD/SITUACION

#### Para asistencia monetaria, estampillas para comida y los beneficios del Programa de Servicios Médicos del Condado administrado por el estado (CMSP)

¿Necesita ayuda? Llame a su trabajador.

- Si no envía un reporte completo, incluyendo pero no limitándose a contestar todas las preguntas en el formulario QR 7/SAWS QR 7 y adjuntar pruebas cuando se las pedimos, es posible que sus beneficios se retrasen, cambien o se descontinúen. **Si es necesario, adjunte una hoja de papel por separado.**
- Es posible que la información que reporte cause que sus beneficios aumenten, se reduzcan, o se descontinúen.
- Envíe su reporte completado a más tardar el día 5 del mes después del mes del reporte.

### Ejemplos

<b>Ingresos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sueldos</li> <li>• Pago de vacaciones</li> <li>• Mantenimiento de hijos/esposa(o)</li> <li>• Cantidad proveniente de un convenio legal o con una compañía de seguros</li> <li>• Ingresos provenientes de rentas o asistencia con la renta</li> <li>• Cualquier beneficio del gobierno</li> <li>• Indemnización proveniente del seguro del estado por incapacidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empleo por cuenta propia</li> <li>• Propinas</li> <li>• Intereses o dividendos</li> <li>• Beneficios por huelga</li> <li>• Reembolsos de impuestos</li> <li>• Desempleo</li> <li>• Seguro Social</li> <li>• Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salarios</li> <li>• Ingresos no monetarios, tales como vivienda en vez de pago, vivienda/servicios públicos y municipales/ropa/comida gratuitos</li> <li>• Ganancias de juego o premios de lotería</li> <li>• Dinero en efectivo, regalos, préstamos, becas</li> <li>• Otras cantidades debido a incapacidad/discapacidad provenientes de fuentes privadas o gubernamentales, o de jubilación</li> <li>• Compensación por lesiones de trabajo (<i>Worker's Compensation</i>)</li> <li>• Jubilación para veteranos o por haber trabajado para el ferrocarril</li> </ul>
<b>Bienes/ propiedades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vehículos motorizados</li> <li>• Saldo en la cuenta de transferencia electrónica de beneficios (EBT)</li> <li>• Casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta de cheques</li> <li>• Bonos de ahorro</li> <li>• Terrenos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta de ahorros</li> <li>• Pólizas de seguro de vida</li> <li>• Fideicomisos</li> </ul>
<b>Costos de vivienda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renta</li> <li>• Servicios públicos y municipales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pago de hipoteca</li> <li>• Seguro para dueños de casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impuestos sobre la propiedad</li> <li>• Cuotas por recoger la basura</li> </ul>
<b>Gastos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastos médicos</li> <li>• Pagos del seguro de salud</li> <li>• Cuidado de niños/dependientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscripción y útiles para la universidad (<i>college</i>)</li> <li>• Cuotas obligatorias de la escuela</li> <li>• Mantenimiento de hijos/esposa(o)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte</li> <li>• Alimentos y hospedaje</li> <li>• Costos de vivienda</li> </ul>

### Sanciones

**SANCIONES POR FRAUDE EN LA ASISTENCIA MONETARIA:** Si a propósito no sigue las reglas de la asistencia monetaria, su asistencia monetaria se puede reducir durante un período de tiempo y es posible que reciba una multa de hasta \$10,000 y/o que vaya a la cárcel o prisión hasta por 3 años.

Su asistencia monetaria se puede descontinuar:

- Por no reportar toda la información o por proporcionar información errónea: 6 meses por la primera ofensa, 12 meses por la segunda ofensa, o para siempre por la tercera.
- Por presentar una o más solicitudes para obtener asistencia para más de un caso durante el mismo período de tiempo: 2 años por la primera condena, 4 años por la segunda, y para siempre por la tercera.
- Por condena de un crimen mayor (*felony*) por fraude para obtener asistencia: 2 años por robo de cantidades de menos de \$2,000; 5 años por cantidades de \$2,000 a \$4,999.99; y para siempre por cantidades de \$5,000 o más.
- Para siempre: por dar al Condado al mismo tiempo pruebas falsas de residencia para obtener asistencia en dos o más condados o estados; por dar al Condado información errónea para un niño que no es elegible o un niño que no existe; por recibir por medio de fraude más de \$10,000 en beneficios de asistencia monetaria; por una tercera condena de fraude en una corte judicial o en una audiencia administrativa.

**SANCIONES POR FRAUDE EN LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA:** Si a propósito no sigue las reglas de estampillas para comida, sus estampillas para comida se pueden descontinuar por 12 meses por la primera violación, 24 meses por la segunda, y para siempre por la tercera. Es posible que reciba una multa de hasta \$250,000 y/o que vaya a la cárcel/prisión por 20 años.

- Si se le encuentra culpable en cualquier corte judicial o audiencia administrativa porque:
- Cambió o vendió estampillas para comida por armas de fuego, municiones, o explosivos, sus estampillas para comida se pueden descontinuar para siempre por la primera violación.
- Cambió o vendió estampillas para comida por sustancias controladas, sus estampillas para comida se pueden descontinuar por 24 meses por la primera violación y para siempre por la segunda.
- Cambió o vendió estampillas para comida con un valor de \$500 o más, sus estampillas para comida se pueden descontinuar para siempre.
- Le dio al Condado una identidad falsa o información falsa acerca de su residencia para que pudiera recibir estampillas para comida en más de un caso al mismo tiempo, sus estampillas para comida se pueden descontinuar por 10 años.